CASUISTISCHE GYNÄKOLOGISCHE

MITTHEILUNGEN.

INAUGURAL-ABHANDLUNG

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT DER

UNIVERSTÄT WÜRZBURG

VORGELEGT

VON

A. JENTZER

VORMALIGER ASSISTENT AN DER GEBURTSHILFLICHEN
GYNAECOLOGISCHEN KLINIK VON PROF. BREISKY
IN BERN UND AN DER PSYCHIATRISCHEN
KLINIK VON PROF. OLIVET IN GENF.

WÜRZBURG

BECKER'S UNIVERSITAETS-BUCHDRUCKEREI

1883.

SEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN PROF. DR. BREISKY

IN PRAG

AUS DANKBARKEIT UND HOCHACHTUNG

GEWIDMET.

ÜBER EINEN FALL

VON

DOPPELSEITIGEN CYSTOVARIEN.

ENTSTEHUNG DERSELBEN IN VERSCHIEDENEN ZEITRÄUMEN.

ZWEISEITIG OPERIRT. HEILUNG.

Fräulein M. aus Freiburg (Schweiz), 26 Jahre alt. Patientin ist seit dem dreizehnten Jahre regelmässig menstruirt, in vierwöchentlichem Typus; Dauer der Menstruation je 3 Tage, Blutfluss gering, ohne alle Schmerzen. Schwere Krankheiten hat Patientin keine durchgemacht.

Im März 1875 wurde Patientin auf die allmählige Vergrösserung ihres Abdomen aufmerksam, verspürte aber keinerlei Beschwerden bis im Sommer desselben Jahres, als sich stechende Schmerzen in der rechten Abdominalgegend einstellten. Hiedurch fühlte sich Patientin veranlasst, nachdem sie sich an verschiedene Aerzte gewendet, Herrn Professor *Bischoff* (Basel) zu consultiren. Dieser diagnosticirte ein Kystom des rechten Ovarium und schlug Patientin die Ovariotomie vor. Letztere wurde am 6. November 1875 von Herrn Professor *Bischoff* ausgeführt und zwar Dank gütiger brieflicher Mittheilung desselben, unter Carbolspray, Stielbehandlung extraperitoneal mit Well'scher Klammer. Die entfernte Cyste war im klinischen Sinne einkammerig. Das linke Ovarium wurde bei der Operation normal gefunden. Die Patientin konnte das Bett am 28. Tage p. operat. verlassen. Die Menses nahmen von da an ihren früheren normalen Typus wieder ein; es fühlte sich Patientin vollständig gesund und verheirathete sich im Frühling 1879.

Einige Wochen nach eingetretener Ehe stellten sich bei Frau M. Schmerzen in der linken Abdominalgegend ein und war dies der Grund, warum Patientin in meiner Sprechstunde sich einstellte.

Der damalige Untersuchungsbefund lautete: Gut gebaute Person, normale Gesichtsfarbe, gesundes Aussehen. Magen, Leber, Herz, Lunge normal. Menstruation regelmässig. Zwischen Nabel und Symphyse befindet sich eine lineare, 7 ctm lange Narbe, diese ist leicht eingezogen an dem unteren Winkel. Ferner ist sofort bemerkbar eine stärkere Hervorwölbung der linken Abdominalgegend. Es ergibt die Palpation einen der Grösse eines graviden Uterus von 6 Monaten entsprechenden, das linke Hypochondrium ausfüllenden, deutlich fluctuirenden, prall elastischen, intraabdominellen Tumor. Bei der inneren Untersuchung zeigt sich der Uterus in leichter Anteflexion, hinter der Symphyse liegend, Collum etwas hinaufgezogen. Uterushöhle $7^1/_2$ ctm lang. Der Uterus lässt sich leicht vom Tumor abgrenzen; es lassen sich zwischen beide 2 Finger einschieben und ist wiederum deren Verbindung durch einen vom Uterus zum Tumor übergehenden Strang nachweisbar. Der Tumor erstreckt sich in's linke Parametrium und ist auch daselbst fluctuirend.

Diagnose: Einkammerige Cyste des linken Ovariums. Die Operation wurde vorgeschlagen und am 12. September 1879 ausgeführt, nachdem die Patientin sich vorher einer nochmaligen Untersuchung von Prof. Dr. *Bischoff* unterzogen, der meine ausgesprochene Meinung, sowohl betreffend Diagnose als Behandlung, unterstützte. Ich möchte hier speciell meinen Dank meinem Collegen Dr. *E. Cheneviere* gegenüber ausdrücken, der die Freundlichkeit hatte, sein Landhaus meiner Kranken zur Disposition zu stellen, wobei die Operation unter günstigen hygienischen Verhältnissen, ferne von jedem Infectionsherde, gemacht werden

konnte. Einen Tag vor der Operation bekam Patientin ein Bad und ein leichtes Laxans. Die Operation wurde ausgeführt in Gegenwart von 5 Medizinern, worunter die Professoren *Juillard*, *Auguste Reverdin*, Privat-Docent *Cheneviere*, Dr. *Muller* aus der Pfalz und *Borel*. Subcutane Morphiuminjection von 0,01 1/4 Stunde vor der Narcose (mit Aether).

Unter Carbolspray wurde ein 10 ctm langer Schnitt, 2 ctm nach links von der alten Narbe durch den rectus sinist. gemacht. Leichte parietale Adhäsionen des Tumors wurden mit der Hand gelöst und darauf die Cyste mit dem Spencer Well'schen Troicart entleert. (Inhalt klare gelbe Flüssigkeit.) Die collabirte Cyste liess sich leicht aus der Bauchhöhle herausheben und hatte einen 2 querfingerbreiten, 3 — 4 ctm langen Stiel. Um letzteren wurde eine Doppelligatur (Seide) angelegt und unterhalb derselben eine den ganzen Stiel umfassende Sicherheitsligatur; das Kystom abgeschnitten, den Stiel versenkt und die Fäden, ohne sie abzuschneiden, in den unteren Wundwinkel geführt. Nach der Toilette des Peritoneum wurde die Bauchwunde durch 4 tiefe Nähte (Bauchdecken sammt Peritoneum fassend) und einigen oberflächlichen Nähten geschlossen. Nach angelegtem Lister-Verbande wurde Patientin in ein gewärmtes Bett gebracht. Dauer der Operation sammt Verband 1 1/4 Stunde.

Temperatur vor der Operation 37,1.

„ nach „ „ 36,3.

Datum		Morgens			Abends			
		P.	R.	T.	P.	R.	T.	
September	12				76	21	38,3	Um 4 Uhr Nachmittags leichtes Erbrechen das nach Verabreichung von Eispillen sistirt. 10 Uhr Abends Morphium subcutan 0,01; tiefer Schlaf bis 12 Uhr, dann schlummert Patientin bis gegen Morgen.

Datum	Morgens P.	R.	T.	Abends P.	R.	T.	
September 13	108	20	37,7	110	22	38,3	Ein Catheterismus 3stündlich. Kein Erbrechen; Kalter Bouillon; Wasser mit wenig Wein wird verabreicht. Urin dunkel, schwärzlich; gegen Abend ziemlich starke Kreuzschmerzen. Morphium 0,01 subcutan. Schlummert die ganze Nacht.
14	92	18	37,6	100	20	38,3	Catheterismus fortgesetzt; Urin noch dunkel, aber weniger wie gestern. Schmerzlose Flatua. Kreuzschmerzen abgenommen. Patientin verlangt frappirten Champagner. Morph. inj. 0,01.
15	90	16	37,5	82	18	37,5	Diese Nacht wurde ich gerufen wegen eingetretener Blutung. Ich fand die Kranke etwas aufgeregt, doch ohne Schmerzen und constatirte menstruelle Blutung. Morphiuminject. 0,01. Schutzmassregeln gegen Beschmutzung des Verbandes. Catheterismus.
16	88	16	37,3	80	18	37,4	Menses schwächer. Pat. noch etwas aufgeregt, klagt über stärkeren Kreuzschmerz. Urin klar, durch Catheterismus. Morph. inject. 0,1. Nacht ruhig.
17	82	20	36,9	80	18	37	Verbandwechsel unter Carbolspray, also am 5. Tage. Schönes Aussehen der Wunde, keine Entzündung, kein Druckschmerz. Nach Verbandwechsel Temperaturabnahme 0,7. Im Laufe des Tages leichtes Erbrechen. Eis.

Datum		Morgens			Abends			
		P.	R.	T.	P.	R.	T.	
September	18	78	18	36	80	18	37,1	Kein Erbrechen, etwas Eckel. Catheterismus. Urin grauschwärzlich. Eis. Morph. 0,01.
	19	80	16	36,6	80	20	37,3	Menses aufgehört (nach 4 Tagen). Urin heller, ging spontan ab. Appetit besser. Leichte Suppe. Milch, Wein.
	20	78	18	37,2	80	20	37,4	2 Clysmata ohne Erfolg.
	21	76	18	36,7	80	18	37,4	Hunyadi und 1 Clysma mit Ol. Ricini. 2 schmerzlose Stühle.
	22	76	18	36,9	72	16	37,2	Nichts besonderes.
	23	64	16	36,6	68	18	36,7	Verbandwechsel. Nähte entfernt. Heilung per primam. Temperaturabnahme 0,5. Urin wurde dunkel.
	24	68	16	36,6	74	78	37,1	Hunyadi. 3 Stühle.
	25	64	15	36,4	68	18	37	
	26	64	16	36,5	66	16	36,9	Leichter Verband angelegt.
	27	62	16	36,4	64	„	36,7	
	28	60	15	36,6	64	„	„	
	29	64	16	36,9	62	„	„	
	30	60	16	36,9	62	„	„	Pat. befindet sich ganz wohl.
October	1	64	16	36,2				
	2	60	15	36,4				
	3	60	15	36,4				
	4	60	16	36,5				Die aus dem unteren Wundwinkel herausgeführten Ligaturen lösen sich.
	5	62	16	36,6				
	6	64	16	36,8				
	7	64	16	36,9				
	8	62	16	36,8				Pat. befindet sich wohl.
	9	64	15	36,4				
	10	64	16	36,7				
	11	64	16	36,8				Spontaner Stuhlgang.
	12	64	16	36,8				
	13	62	16	36,7				Ligaturen entfernt. Pat. sitzt im Bette auf.
	14	62	16	36,7				Steht auf.
	15	64	16	36,8				Keine Secretion mehr.

Patientin erfreut sich seither einer vollkommenen Gesundheit. Die Menses sind ganz ausgeblieben; im ersten Jahre waren noch vasomotorische Störungen, häufige Congestionen zum Kopfe mit Schwindel begleitet; jetzt sind diese Erscheinungen (Sommer 1881) fast ganz verschwunden. Während einigen Monaten nach der Operation hatte Patientin Schmerzen beim Coitus und zwar am Introitus; diese schwanden nach Anwendung von Belladonnasalben.

Seit der Operation hat Patientin an Panniculus adiposus zugenommen, Veränderungen sind weder an den äusseren Genitalien noch an der Stimme eingetreten, auch keine Reduction des Geschlechtstriebes.

Als bemerkenswerth hervorgehoben zu werden im obigen Falle ist, erstens die grosse Empfindlichkeit der Patientin gegenüber der Carbolsäure, indem sich nicht blos nach der Operation, sondern nach jedem Verbandwechsel (am 5. und 11. Tage), wo die Wunde bis an die Stelle der herausgeleiteten Fäden im unteren Winkel geschlossen, Intoxicationssymptome einstellten. Es wäre demnach bei Laparotomie zweckmässiger, schwächere Carbollösungen, so 1%, zu verwenden oder auch Thymol. Ferner ist zu beachten, dass in diesem Falle das Liegenlassen der Fäden den Verschluss der Wunde, somit die Heilung verlangsamte und würde ich für weitere Fälle die intraperitoneale Behandlung des Stieles, mit Abschneiden der Fäden und vollständigem Verschluss der Wunde, wie ich es später bei einer Castration gemacht, empfehlen und durchführen; zu Gunsten der intraperitonealen Behandlung mag noch hinzugefügt werden, dass bei der extraperitonealen Behandlung des Stieles, oder beim Liegenlassen von Drains oder Fäden, Darmschlingen sich damit verkleben und dabei ominöse Complicationen auftreten, wie ich selbst im Stande war, bei einer von einem Collegen ausgeführten Ovariotomie zu constatiren.

Endlich wäre noch die Frage über die Localisation der Incision zu erörtern, da die Autoren bei der zweiseitigen Doppelovariotomie über diesen Punkt noch in ihren Ansichten variiren. Es berichtet z. B. *Spencer Wells* über eine Incision in der alten Narbe, worauf Dehiscenz der Wunde und Exitus lethalis eintrat; später ist dieser Operateur von diesem Einschnitt zurückgekommen und hat denselben $1^1/_2$ ctm von der alten Narbe gemacht und zwar mit glücklichem Erfolge. *Dumreicher* (Wien. Blatt N. 2 1880) incidirte im Narbengewebe, seine Kranke heilte vollständig. Ich für meinen Theil zog vor, das alte Narbengewebe bei Seite zu lassen, das nie grosse Praedisposition zur Heilung zeigt, und incidirte den rectus sinister. Dabei hat man ja mit den jetzigen Lister'schen Cautelen keine Gefahr zu laufen und ist im Stande Eitersenkungen längs der Muskelscheiden sicher zu vermeiden.

Schliesslich erinnere ich noch an die von Herrn Professor Dr. *Scanzoni* gemachten Untersuchungen an der Leiche; derselbe constatirte unter 99 Ovarienkrankheiten 48 mal einseitige und 51 mal doppelseitige Affection. Man könnte demnach vermuthen, dass die doppelte Ovariotomie eine häufig vorkommende Operation sei, was aber gewiss nicht der Fall ist, denn es hat z. B. *Spencer Wells* unter 1000 Ovariotomien nur 82 doppelte ausgeführt; man soll sich nur dann entschliessen das zweite Ovarium zu entfernen, wenn bedeutende Veränderungen an demselben vorhanden sind, während eine geringere Vergrösserung desselben mit etwelchen erweiterten Follikeln nicht als Indication zur Exstirpation betrachtet werden dürfen. Bei jungen Frauen werden in diesem Falle die erweiterten Follikeln punktirt und ist bekanntermeise unter solchen Umständen bei einzelnen dieser Frauen Gravidität eingetreten. Aus noch einem Grunde würde ich ein zweites leicht erkranktes Ovarium nicht entfernen bei einer Ovariotomie, weil durch

die doppelseitige Exstirpation die Prognose getrübt wird, wie *Spencer Wells* bewiesen hat.

Die Seltenheit der zweiseitigen Doppelovariotomie muss als Beweis betrachtet werden, dass die von den pathologischen Anatomen constatirten Anomalien des Ovariums im klinischen Sinne nicht immer als solche angenommen werden können; sind doch bis heute nicht über 30 Operationen dieser Art in der Literatur zu finden. *Olshausen* führt 15 Fälle an (Billroth'sches Handbuch, Abth.: Krankheiten der Ovarien). *Spencer Wells* hat zu den 4 schon von *Olshausen* citirten 9 neue Fälle hinzugefügt. *Dumreicher* 1 Fall. Endlich sind 2 oder 3 andere und mein oben beschriebener Fall zu verzeichnen. Hiemit ist meines Wissens die Statistik über zweiseitige Doppelovariotomie erschöpft.

ÜBER EINEN FALL

VON

DOPPELSEITIGER CASTRATION.

DOPPELSEITIGE SALPINGOMOTOMIE PARTIALIS.

INDICATION. DYSMENORRHEA OVARICA. HEILUNG.

Frau R. aus Genf, 27 Jahre, ist seit dem 15. Jahre regelmässig menstruirt in 3wöchentlichem Typus, Dauer der Menses jeweilen 5 Tage, Blutabgang mässig stark, etwas Schmerzen am 1. Tage der Periode. Letztere blieb regelmässig bis zum 20. Jahre, nur ein Mal blieb sie aus ohne nachweisbaren Grund.

Im 20. Jahre soll Patientin einen schweren Typhus durchgemacht haben (Dauer 8 Wochen). Von da an zeigten sich regelmässig starke Schmerzen bei der Menstruation, zudem stärkerer, 8 bis 10 Tage dauernder Blutverlust, so dass Patientin genöthigt wurde, bei jeder Periode einige Tage das Bett zu hüten. Trotzdem consultirte die Kranke keinen Arzt, verheirathete sich auf den Rath einiger guten alten Weiber, in der Hoffnung, ihre Beschwerden los zu werden, im Juni 1880. Nach eingetretener Ehe wurden die obigen Beschwerden bei der Kranken immer stärker, die Dauer der Periode und die Schmerzen dabei nahmen zu, es stellten sich förmliche Menorrhagien ein; der Coitus verursachte ebenfalls grosse Schmerzen.

Die Patientin suchte nun ärztliche Hülfe und wurde ihr von einem Collegen die Discision gemacht (Spaltung des ganzen Cervicalcanals bis zum inneren Muttermunde). Der Erfolg der Operation war kein günstiger, es folgte angeblich eine Entzündung, so dass Patientin einen ganzen

Monat bettlägerig war. Die Menses wurden noch stärker, dauerten von da an 14 Tage, und wurden die Schmerzen dabei hochgradig. Der Coitus wurde von der Zeit an nicht mehr vertragen. Patientin verfiel in einen melancholischen Gemüthszustand und äusserte Selbstmordgedanken.

In diesem Zustande sah ich Frau R. zum ersten Male im April 1881.

Mein damaliger Befund lautete: Etwas kleine Person mit blassem Aussehen, Schleimhaut der Lippen und Augenlider blass, Gesichtsfarbe aschgrau; an Tibia und Clavicula Zeichen abgelaufener Rachitis; Puls klein, frequent, anemische Herzgeräusche, Lunge, Leber normal klein, Urin kein Eiweiss, leichtes Oedem an den Fussgelenken.

Abdomen nicht aufgetrieben, in der rechten und linken Ovarialgegend auf Druck Schmerz. Die bimanuelle Untersuchung ergibt: enge Vagina, kleines Collum, rechts und links Einkerbungen; im vorderen Scheidengewölbe fühlt man den Uterus vergrössert, hart, beweglich und in starker Anteflexion; hinter der pars horizontalis des linken Schambeines findet sich das auf Druck empfindliche, nussgross angeschwollene linke Ovarium; das rechte ist nicht abzutasten. Die Länge der Uterushöhle, mit der Sonde gemessen, beträgt 14 ctm. Leichter weisser Fluss.

Diagnose: Dysmenorrhea bei anteflexion uters. Degenerirte Ovarien (das rechte?).

Da die Patientin bereits in Behandlung eines gewissenhaften Collegen gestanden, da die Discision zur Erleichterung ihrer Beschwerden gemacht worden, der Erfolg aber kein günstiger gewesen, so schlug ich ihr die Castration vor, von der Idee ausgehend, dass die Dysmenorrhoe eine ovarielle sei. Die Kranke konnte sich indessen noch nicht zur Operation entschliessen und musste meine Behandlung eine symptomatische bleiben. Ich regulirte die intestinalen Functionen (es bestand eine 6—8 Tage dauernde Consti-

pation), ferner führte ich ein Intrauterin-Pessarium ein gegen die vorhandene Anteflexio, endlich verordnete ich calmirende Einreibungen der Unterbauchgegend und zugleich Vaginalkugeln aus Kali. jodatum und Morphium bestehend.

Aber auch diese Behandlung blieb ohne Erfolg; es wurden die Beschwerden während der Menstruation immer stärker, die Patientin war jeweil 6—6 Tage an's Bett gebunden und musste während dieser Zeit zu Chloralhydrat und subcutanen Morphium-Injectionen geschritten werden.

Im September 1881 wurde ein Consilium verlangt. Der herbeigezogene Arzt schlug die Anwendung von Blutegeln auf die Vaginalportion vor, was mit meiner Ansicht collidirte, indessen doch ausgeführt wurde. Die Folge hievon waren intensive Schmerzen und eine kolossale Blutung.

Jetzt erst konnte sich die Patientin zur Operation entschliessen und wurde selbige am 28. Januar 1882 in Anwesenheit von 4 Medicinern, die Profesoren: *J. Reverdin*, *A. Reverdin*, Dr. *Moginier* und Dr. *Marguet* ausgeführt. Am Tage vor der Operation wurde Ol. Ricini verabreicht, am Morgen des Operationstages ein Bad gegeben. Die Operation wurde streng antiseptisch durchgeführt.

Der Schnitt wurde in der linea alba gemacht, 7 ctm lang, von der Symphyse nach oben. Hierauf führte ich 4 Finger der rechten Hand in die Bauchhöhle bis zum fundus uters. dann rechts längs des lig. latum bis zum rechten Ovarium, während 2 Finger der linken Hand von der Scheide aus die Theile in die Höhe schoben. Das rechte nussgrosse Ovarium wurde nun herausgezogen, wobei sich die von *Hegar* beschriebenen weiten Venen im Mesenterium präsentirten. Letzteres erwies sich zu kurz zur Stielbildung und war ich genöthigt, einen kleinen Tubenabschnitt in's Schnürstück mitzufassen. Es wurde mit Doppelligatur und zwar aus Seide unterbunden und darunter eine 3. Sicherheitsligatur angelegt, dann das Ovarium entfernt, die Fäden

kurz abgeschnitten und der Stumpf in die Bauchhöhle versenkt. Hierauf folgte derselbe operative Process auf der anderen Seite. Nachdem wurde die Bauchwunde durch 3 tiefe, das Peritoneum fassende Näthe geschlossen, wobei einige oberflächliche Näthe dazwischen gesetzt wurden; dann folgte ein Lister-Verband, wonach die Operirte in ein gewärmtes Bett gebracht wurde.

Datum	Morgens P.	R.	T.	Abends P.	R.	T.	
Januar 22				80	16	36,9	Befinden gut; keine Leibschmerzen; Eispillen und kalte Milch verabreicht. Der Urin spontan.
23	80	16	37,3	84	20	37,5	Menses schmerzlos eingetreten. Versuchsmassregeln zu Reinhaltung des Verbandes. Urin spontan. Kalte Milch.
24	84	17	37,8	108	20	38,4	Menses ziemlich stark, keine Schmerzen.
25	88	16	37,9	106	18	38,2	Keine Schmerzen. Blutabgang noch ziemlich stark.
26	80	16	36,9	85	18	37,5	dito.
27	80	14	36,6	84	17	37,2	Blutabgang gering.
28	80	14	36,6	83	17	37,1	Ol. Ricini; 2 Stühle ohne Schmerzen.
29	80	14	36,7	84	18	37,2	Menses hören auf.
30							
31							
Februar 1							
2							
3							Leichte Blutspuren aus der vagina.
4							
5							Erster Verbandwechsel; alle Suturen entfernt; Prima intent.; leichter Compressivverband.

fieberfrei

Datum	Morgens P.	R.	T.	Abends P.	R.	T.	
Februar 6							
7		fieberfrei					Patientin verlässt das Bett zum ersten Male; vollständiges Wohlbefinden.
8							
9							
10							
11							
12							Entlassen.

Beide Ovarien sind cystisch degenerirt.

Das linke Ovarium 40 mm lang, 26 mm breit u. 16 mm dick
„ rechte „ 36 „ „ 23 „ „ „ 17 „ „

Die kleinen Cysten sind mit Cylinderepithel ausgekleidet, die Tunica stark verdickt, wodurch das Platzen der Graaf'schen Follikel zur Zeit der Menstruation erschwert und die Schmerzen erzeugt wurden.

Die Ovarien sind microscopisch von Dr. *Zahn,* Professor der pathologischen Anatomie, untersucht worden.

Seitdem befindet sich Patientin sehr wohl, die Menses haben sich nie mehr eingestellt; in den ersten Monaten p. op. hatte Patientin zur Zeit der Periode etwas Fluss und leichte Kreuzschmerzen; sonst keine Beschwerden, keine Unterleibsschmerzen; auch ist der Coitus schmerzlos. Wir dürfen daher annehmen, dass wir durch die Operation unser Ziel erreicht und Frau B. von allen ihren Leiden befreit haben.

Im März dieses Jahres (1883) ergab die Untersuchung der Patientin keine Veränderung der äusseren Genitalien, sowie in der Stimme. Die früher etwas nervöse Frau B. ist jetzt ruhiger.

Der früher voluminöse Uterus dagegen hat sich bedeutend verkleinert. Höhle 7 ctm.

Ich bemerke zum Schluss, dass dies die erste Castration ist, die in Genf ausgeführt wurde.